|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Logo_CISSS_des_LaurentidesFORMULAIRE DE RÉFÉRENCE  POUR SERVICES DI-TSA-DP**  **ANNEXE 1**  **DÉFICENCE VISUELLE** | | |  | | |
| 1. **IDENTIFICATION DU CLIENT** | | | | | |
| **NOM :** | | | **PRÉNOM :** | | |
| **Date de naissance** aa/mm/jj : | | | | **SEXE :** | **F**  **M** |
| **Numéro d’assurance maladie :** | | | | **Expiration :** | |
| **Adresse (rue, appartement, ville code postale) :** | | | | | |
| **Téléphone :** | **Rés** : | **Cell** : | | **Travail** : | |
| **Courriel :** | | | | | |
| 1. **CRITÈRES D’ADMISSIBILITÉ** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉTAT OCULO-VISUEL** | | | | | | | | | | | | |
| **Date du dernier examen :** | | | | |  | | | | | | | |
| **Diagnostic :** | | **O.D. :** | |  | | | | | | | | |
|  | | **O.S. :** | |  | | | | | | | | |
| **S’il y a lieu, résultats des tests électrophysiologiques :** | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |
| **Date de l’apparition de la déficience :** | | | | | | | |  | | |  | |
| **Pronostic :** |  | | | | | | | | | | | |
| **Réfraction :** | **O.D. :** | |  | | | | | | | | | |
|  | **O.S. :** | |  | | | | | | | | | |
| **Acuité visuelle de loin à 6 m :** | | | | | | | **O.D** | | | **O.S.** | | **O.U.** |
| **Avec correction ophtalmique :** | | | | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Champ de vision :** | | | |  | | | | |  |
| **CHAMP DE VISION PÉRIPHÉRIQUE** | | | | | | | | |  |
| **premier oeil** | | | | | **premier oeil** | | | |  |
| **Cible :** | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |
|  |  | | | | |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DU DEMANDEUR** | | | | | |
| **NOM DU PROFESSIONNEL :** | **MD**  **OD** | | | | **No du professionnel :** |
| **Téléphone :** |  | | **Télécopieur :** | | |
| **Adresse :** |  | | | | |
| **Courriel :** |  | | | | |
| **Signature :** |  | | | | **Date :** |
| 1. **CONSENTEMENT DE L’USAGER OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL**   **Si le demandeur est du CISSS des Laurentides :**  **Le client ou son représentant consent à la référence et à la transmission de l’information à son sujet :** | | | | | |
| **Moi (nom usager ou représentant légal en lettres moulées),**  Autorise le demandeur (référent) à fournir aux intervenants du DI-TSA-DP les informations et les rapports pertinents en lien avec ma demande de services. | | | | | |
| **Signature :** | | | | **Date :** | |
| **Retournez le formulaire à : (svp privilégier le courriel)**  **GUICHET JEUNESSE DI-TSA-DP** | | | | | |
| **Par courriel :**  **Par télécopieur :**  **Par la poste :**  **Pour information :** | | referencejeunesse-ditsadp.cissslau@ssss.gouv.qc.ca  (450) 560-9814  500, boul. des Laurentides, suite 1450, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M2  1-866-770-2366 ou le 450-432-2777, poste 25465 | | | |